Lane Medical Library 1869

Ueber

die Reposition spontaner Luxationen des Hüftgelenks

nebst einem Falle von mit Glück reponirter luxatio femoris ischiadica spontanea in Folge von acutem Gelenkrheumatismus entstanden.

Chirurgische Inaugural-Dissertation

mit Genehmigung

der medicinischen Fakultät

der vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie

zugleich mit den Thesen öffentlich vertheidigt

am

9. October 1869 — Vormittags 11 Uhr

von

Louis Jeschinsky

aus Magdeburg

gegen

Paul Reichel, Dr. med.
Bruno Conrad, cand. med.

Halle,
Druck von Wilhelm Plötz.

Seinen

lieben Eltern und Geschwistern

der Verfasser.

Seinen

lieben Eltern und Geschwistern

der Verfasser.

Theils die Schwierigkeit der Diagnose einer Coxarthrocace, besonders in ihren ersten Anfängen, theils der Umstand, dass man über die scheinbare Verlängerung und Verkürzung des Fusses bei Beckenverschiebung, deren Theorie uns erst durch die Arbeiten von Brodie und Gaedechens eröffnet worden ist, im Unklaren war, brachten es wohl mit sich, dass man früher bei Gelenkaffectionen aller Art eine spontane Luxation annahm. Nachdem dies zuweilen übertrieben war, indem man sogar die Ausdrücke Gelenkentzündung und spontane Luxation als gleichbedeutend betrachtete, sprach man sich wieder gegen die Häufigkeit derselben aus, gerieth aber dabei in das entgegengesetzte Extrem, iudem man das Vorkommen derselben beinahe ableugnete.

Die jetzt weiter vorgeschrittene Wissenschaft gestattet uns ein bestimmteres Urtheil durch eine grössere Anzahl sicher diagnosticirter Krankheitsfälle und Sectionsbefunde und wir nehmen an,

dass allerdings spontane Luxationen in einer relativ kleinen Zahl von Fällen beobachtet werden.

Die spontanen Verrenkungen, d. h. die Verschiebungen der Gelenkflächen, die in Folge krankhafter Veränderungen der weichen oder harten Gelenkgebilde entstehen und die den traumatischen Verrenkungen gegenüberzustellen sind, indem bei ihrer Entstehung von Einwirkung äusserer Gewalten garnicht oder nur beiläufig die Rede ist, hat man am Ellenbogen, an dem akromialen und dem sternalen Ende des Schlüsselbeins, am Schienbein, dem Köpfchen des radius, den Fingergelenken und andern Gelenken beobachtet, am häufigsten aber wohl am Hüftgelenke und wir wollen uns namentlich mit diesen beschäftigen.

Betrachten wir ganz kurz die Ursachen, aus welchen diese Spontanverrenkungen entstehen, so fällt uns zunächst die häufigste ins Auge, nämlich cariöse Zerstörungen der Epiphysen bei akuter, z. B. pyämischer Eiterung. In andern Fällen gehen sie aus Formveränderungen der knöchernen Gelenkenden, die ohne Bildung von Eiter und Granulationsgewebe durch Knochenschwund zu Stande kommen, hervor und wo wir nur die Zeichen einer rheumatischen Entzündung ohne Eiterungs-

symptome vorangehen sahen oder wo die Verrenkung plötzlich ohne Eiterungsprocess zu Stande kam, werden wir an eine Erschlaffung der Gelenkkapsel zu denken haben, wie z. B. hauptsächlich bei den Spontanverrenkungen nach Typhus.

Noch ist es nöthig, verschiedene Formen der Luxation in Betreff der Richtung auseinanderzuhalten, von denen zwei in verschwindend kleinem Verhältniss gegen die dritte vorkommen, denn fast ausnahmslos erfolgt die Verrenkung nach hinten und oben auf das Darmbein, die luxatio iliaca.

Sehr selten erfolgt auch eine Verrenkung auf das foramen ovale, so oft sie auch, da man aus der vorhandenen Verlängerung der Extremität schloss, diagnosticirt wurde. Denn meist ist schon die Stellung des Verkürzungsstadiums eingetreten und in diesem ist nur die luxatio iliaca möglich. Nur wo eine beträchtliche wirkliche Verlängerung durch genaue Messung in gleicher Lage constatirt wird, ist Luxation auf das foramen ovale vorhanden. Die Fälle, wo man sie am Lebenden angenommen hat, waren wohl nur Ankylosen in Abductionsstellung.

Von Luxation auf's foramen ischiadicum ist ein Sectionsbefund oder ein Präparat nicht be-

kannt. Doch hat Professor R. Volkmann vor Kurzem einen solchen Fall mit glücklichem Erfolge in Behandlung gehabt, dessen Veröffentlichung er mir gütigst erlaubt hat und auf den wir später zurückkommen werden.

Nach diesen allgemeinen Erörterungen über das Wesen des Leidens kommen wir zum eigentlichen Zweck meiner Arbeit, über die operative Behandlung der spontanen Luxationen und zwar solcher, die nach Coxalgie entstanden sind, zu sprechen.

Nachdem in frühern Zeiten von Applikation des Glüheisens und der Moxen, von Vesikatoren, ja vom Gebrauche von Hunger- und Badekuren bei Wiedereinrenkung von Luxationen die Rede gewesen war, wird Cabanis in Genf als der erste genannt, der mit blosser Manualhülfe eine Spontanluxation im Hüftgelenke wieder eingerichtet habe. Doch scheint es sich hier um eine solche nicht gehandelt zu haben, wie der Berichterstatter selbst nachher erklärt und demnach sind wohl die ersten sichern Versuche solcher Operation schon vorher in Deutschland gemacht.

Bei Besprechung der Behandlung ist zunächst ein kurzer Blick auf die Prophylaxis zu werfen,

die dabei nicht unerheblich ist. Da die Mehrzahl der spontanen Luxationen auf schlechter Lage, Flexion, Adduction und Rotation nach Innen, also der Lage des Verkürzungsstadiums beruhen, so ist die wichtigste Indication die Verbesserung dieser Lage der Extremität, was durch einen geeigneten Verband aus Gyps, Kleister oder Guttapercha oder durch besondere Lagerungsapparate geschieht.

Doch ist zur Hervorrufung einer Luxation nicht nur länger fortgesetzte fehlerhafte Lage, sondern auch oft, wenn sich viel Flüssigkeit in der Gelenkhöhle findet, die geringste Bewegung Ursache. Auch hier kann ein gut angelegter Verband nach vorausgegangener subkutaner Punktion des Gelenks mit dem Trokar das Leiden verhüten.

Wie beschränkt unsere Hülfe gegen diese die äussere Form des menschlichen Körpers im Verlauf der Zeit oft sehr entstellende Abnormität war, ist jedem Arzte bekannt; denn die erfahrensten chirurgischen Schriftsteller hielten die Reduction des Schenkelkopfes für zwecklos, ja selbst gefährlich. Und allerdings machen einzelne Verhältnisse dieselbe oder die Erhaltung des Kopfes nach gelungener Reduction in der alten Gelenkpfanne schwierig oder unmöglich. So kann z. B. der

Schenkelkopf in seiner neuen Lage durch die fibrös degenerirten Muskeln, durch neugebildetes Narbengewebe so fixirt sein, dass eine Zurückbringung aus diesen neu eingegangenen Verbindungen neues Unheil bringen würde; oder die normale Articulationsstelle wurde durch sarkomatöse Granulationsmassen, Knochenwucherung u. a. so verkleinert, dass der Schenkelkopf nicht wieder zurückgebracht werden konnte, ein normales Gelenk also nicht wieder herzustellen war.

Genannte Hindernisse finden sich meist bei den Luxationen mit zerstörender Eiterung, fehlen aber bei denen, die ohne Eiterung durch blosse Erschlaffung und Erweiterung der Gelenkkapsel entsanden sind, und die Volkmann Distentionsluxationen nennt und diese sind es zunächst, bei welchen eine Reduction des luxirten Gelenkkopfes und Erhaltung desselben in der Pfanne mit ganzer oder theilweiser Herstellung der Beweglichkeit im Hüftgelenke möglich und wiederholt gelungen ist. Natürlich wird bei bereits alten Luxationen auch hier Schrumpfung der Kapsel und Verkleinerung der Pfanne die Reposition unmöglich machen.

Man unterscheidet die rapide, gewaltsame Einrichtung, wie sie auch bei den traumatischen

Luxationen üblich ist, und die Einrichtung durch Extension mittelst angehängter Gewichte, besonderer Maschinerien u. s. w.

Zunächst die rapide Einrichtung. Für sie eignen sich besonders die ganz frischen Fälle und zwar geschieht sie dann nach denselben Regeln wie die der violenten Luxationen und unter Chloroformnarkose. Bei sehr grossem Exsudat im Gelenk ist unter Umständen vorher eine subkutane Punktion angebracht. Hat man durch die Einrichtung die gehörige Länge und Lage des Gliedes hergestellt, so darf es sich nicht selbst überlassen bleiben, sondern nachdem das Becken auf bekannte Weise fixirt ist, giebt Schuh an, lasse man eine mässige Zugkraft nach unten anbringen, deren Richtung behufs der allmäligen stärkern Streckung des Oberschenkels einen stufenweise zu verkleinernden spitzen Winkel zur Längenachse des Körpers bildet und einen mässigen Zug unter einem rechten Winkel vom Oberschenkel nach aussen, welcher der Zuziehung der Extremität entgegenwirkt. Er wendet also, wie auch Roser, nach der rapiden Einrichtung das Extensionsverfahren an, in abducirter Stellung mit Rotation nach aussen, worauf wir gleich näher eingehen werden. Sonst kann

auch ein Gyps-, Kleister- oder Guttaperchaverband zur Fixation in der wiedergewonnenen alten Lage dienen.

Die allmälige Einrichtung mit Extension, welche sich vorzüglich für ältere, nicht mehr sehr mobile Fälle eignet, wird angewandt, bis der Gelenkkopf von selbst eintritt oder es erfolgt nach vorhergegangener vorbereitender Extension, wenn der Gelenkkopf bis in die Nähe der Pfanne gerückt ist, also beide Extremitäten gleiche Länge bekommen haben, rapide Einrichtung. Am besten benutzt man hierzu die Extension mit Gewichten, wie schon Stanley 1840 gethan hat, die man über Rollen gehen lässt, welche einerseits am Fussende des Bettes, andrerseits der kranken Seite entsprechend befestigt werden.

Das jetzt am meisten gebräuchliche Extensionsverfahren ist von Crosby angegeben und zeichnet sich vor andern durch seine Einfachheit aus. Heftpflasterstreifen, zu beiden Seiten des Unterschenkels angelegt und der grössern Haltbarkeit wegen noch mit einer Flanellbinde über dem Fussgelenke umwickelt, bilden eine Ansa, an welcher eine Schnur mit den Gewichten, in Form von 5 — 10 Pfund schweren Sandsäcken befestigt

wird. Die Schnur läuft über eine Rolle, die sich am Bettende befindet. Unten angebrachte Holzsprenkel verhindern das Entstehen von Decubitus am Fusse. Zur Contraextension dient ein Gummischlauch, der zwischen den Schenkeln hindurchgeführt am Kopfende des Bettes einen Haltepunkt findet.

Ist der Gelenkkopf nach Tagen oder Wochen der Anwendung des Apparates in die Höhe der Pfannen herabgebracht, so dass beide Extremitäten gleich lang geworden sind, so stellt man den Fuss etwas in Abduction und rotirt die Fussspitze zugleich etwas nach aussen, wodurch der Kopf sich mehr der Pfanne zukehrt, auch sein Wiederaustreten im Falle einer Einrenkung verhindert wird. Auch ein Einrichtungsversuch mittelst der Hände kann jetzt nach den gewöhnlichen Methoden gemacht werden.

Wenn alles günstig geht, so können die Apparate nach 2—3 Wochen beseitigt werden, nämlich wenn die Entzündungserscheinungen fehlen und der Fuss ohne Fixirung seine normale Länge beibehält. Jetzt ist es nothwendig, mit dem Oberschenkel kleine Beugungsversuche vorzunehmen, da sonst eine fibröse Ankylose bei gestrecktem

Oberschenkel sich entwickelt, welche das Gehen und Sitzen in hohem Grade erschweren würde. Durch die passiven Beugungs- und Streckungsversuche wird aber das neue Bindegewebe langfädiger und nachgiebiger.

So leicht übrigens die Diagnose der erfolgten Einrenkung bei rapider Reposition ist, so schwierig überzeugt man sich bei der langsamen Reduction sofort von dem Gelingen derselben. Wahrscheinlichkeit vom Gelingen giebt der Umstand, wenn bei nachlassender Extension der Fuss sich nicht sofort wieder verkürzt, bestimmte Ueberzeugung ist aber erst dann zu erlangen, wenn richtige Configuration der Hüfte, Symmetrie beider Seiten und ganz normale Funktion des Gelenks dafür sprechen.

Ebensogut kann man nach gelungener Reduction Gyps-, Kleister- oder Guttaperchaverband anlegen. Jedenfalls aber darf der Patient vor Wochen oder Monaten und um so später, je veralteter die Luxation war, keine Gehversuche machen. Diese sollen auch Anfangs noch sehr beschränkt sein und ein starker, um die Trochanteren gezogener Gürtel kann noch längere Zeit zur Sicherung dienen.

Wenn auch nicht zu leugnen ist, dass durch complicirtere Apparate, wie sie in orthopädischen Heilanstalten angewendet werden und von Humbert, Pravaz, Heine, Wildberger beschrieben sind, öfter günstigere Resultate erzielt werden, so muss man doch zugeben, dass durch die vorhin beschriebenen einfachen Vorrichtungen in den Fällen überhaupt, wo eine Reposition möglich ist, dieselbe erzielt werden kann und auch erzielt ist.

Die Reposition der Luxation gelingt nur in der grossen Minderzahl der Fälle, weil meist das Knochendach fehlt, welches den in seine normale Lage gezogenen Schenkelkopf verhindert, der Muskelkraft zu folgen, welche ihn wieder hinauf zieht. Man kann zwar durch zweckmässige orthopädische Behandlung, wenn die Entzündung grösstentheils geschwunden ist und wo man es mit fester Organisirung des Entzündungsproductes zu thun hat, sehr viel zur bessern Stellung des Fusses und grössern Brauchbarkeit beitragen, doch wird die normale Länge des Gliedes nicht wieder erreicht, da keine Zugmaschine vom lebenden Organismus vertragen wird, welche dem Einschrumpfen des Narbengewebes das Gleichgewicht halten könnte.

Uebrigens haben die Literatur und die neuern klinischen Berichte eine ganz beträchtliche Anzahl glücklicher Kurversuche, die den Händen geschickter Chirurgen gelungen sind, aufzuweisen und wir wollen jetzt eine Reihe solcher Fälle von spontaner Verrenkung im Hüftgelenk, bei denen die Einrichtung mit grösserm oder geringerm Erfolge gelang, betrachten.

Meistens beobachtete man sie nach Verlauf eines Typhus, des Scharlachs, der Hüftgelenkentzündung, auch bei Kniegelenksvereiterung, nach überstandenem Wochenbett.

Nehmen wir zunächst einige Verrenkungen nach Typhus. Bekannt ist jener Fall von Schotten in Cassel [1]) der deshalb betrachtet werden muss, weil in ihm zum ersten Male eine nach Typhus unvermerkt vorbereitete und sofort bei geringer Veranlassung entstandene Spontanluxation beobachtet zu sein scheint. Der Fall wurde bei dem zwei Jahr alten Patienten mit rapider Einrichtung und da öfter Recidive eintraten, mit Gebrauch eines Extensivverbandes und damit verbundener

[1]) Archiv für physiologiche Heilkunde I. 1854.

Applikation einer Moxe dicht hinter dem Gelenke, die lange in Eiterung erhalten wurde, in vier Monaten dauernd geheilt.

Dittel, der zehnmal Gelegenheit hatte,[1]) spontane Luxationen zu reponiren, war so geschickt, neunmal zu reussiren. In allen zehn Fällen handelte es sich um eine Verrenkung des Schenkelkopfes über den hintern oberen Pfannenrand, doch scheint der Gelenkkopf meist dem Pfannenrande sehr nahe gestanden zu haben. Viermal war die Luxation nach Typhus entstanden.

Der erste Fall betraf ein elfjähriges Mädchen, welche 5 Monate lang Typhus gehabt hatte. Die Reposition war sehr schwierig und es erfolgte in der zweiten Woche eine recidive Ausrenkung, auf welche eine neue, diesmal sehr leichte Reduction vorgenommen wurde. Der Fuss blieb zwar etwas verkürzt, doch wurde andauernde Heilung noch nach Jahren constatirt, indem dem Mädchen selbst das Tanzen möglich war.

Ein andres elf Jahr altes Mädchen hatte in Reconvalescenz von Typhus eine Luxation des rechten Hüftgelenks bekommen. Nach vier Monaten wurde die Reposition versucht, doch trat am 14.

[1]) Virchow's und Hirsch's Jahresbericht II. 1867. 2.

Tage Recidive ein. Die Wiedereinrichtung machte diesmal grosse Schwierigkeiten und gelang endlich unter Benutzung des im Knie flectirten Schienbeins als Hebelarm. Allein in dem Augenblicke, wo der Operateur den Oberschenkel nach einwärts rotirend, den Schenkelkopf über den obern Pfannenrand in die Pfanne herabdrängte, lösten sich die obere und untere Epiphyse von der Diaphyse ab. Leider findet sich dabei nicht angegeben, ob die obere und untere Epiphyse des Oberschenkels oder die beiden das Knie begrenzenden Epiphysen gemeint sind. Es wurde ein Gypsverband angelegt und gute Heilung und Consolidation der abgesprengten Epiphysen erzielt, jedoch blieb der Oberschenkel im Wachsthum etwas zurück und kürzer als der gesunde.

Ein sechzehnjähriger Mensch hatte eine ein Jahr alte, nach einem sehr schweren Typhus entstandene Luxation der rechten Hüfte, angeblich durch die abnorme Lagerung des Kranken wegen eines sehr schweren decubitus cruralis erzeugt. Der Schenkelkopf war beweglich in der Gegend der incisura ischiadica major zu fühlen und die Muskeln am Hüftgelenk fest contrahirt. Der erste Repositionsversuch scheiterte, der zweite, dem

die Durchschneidung der sich spannenden mm. sartorius und tensor fasciae latae vorausgeschickt war, schien gelungen, doch erfolgte schon in der nächsten Nacht das Recidiv und es glückte auch später nicht, die Reduction zu erreichen, so dass man sich mit Fixirung des Oberschenkels in gestreckter Stellung begnügen musste.

Ebenfalls nicht ganz glücklichen Erfolg hatte Dittel [1]) bei einer luxatio iliaca typhosa eines 8½ Jahr alten Mädchens. Bei grosser Beweglichkeit des Schenkelkopfes wurde unter Chloroformnarkose die Reposition gemacht. Nach ½ Jahr ging man zu aktiven und passiven Bewegungen über, doch erfolgte bald Recidive. Die neue Reposition war schwieriger als die erste und es erfolgte dabei Absprengung der untern Epiphyse des Oberschenkels, auch war Crepitation am Pfannenrande fühlbar. Nach drei Monaten wurden passive Bewegungen gemacht, doch geht Patientin am Stock, da der eine Fuss einen Zoll kürzer als der andre ist.

Lorinser [2]) machte bei einem 12jährigen Knaben, der lange Zeit an Typhus gelegen und eine

---

[1]) Wochenblatt der Wiener Aerzte 1863. 48.
[2]) Wiener medicinische Wochenschrift. 1853. 23.

unbemerkt entstandene Luxation im linken Hüftgelenk bekommen hatte, einen Einrichtungsversuch, der seine Erwartungen in hohem Grade übertraf, indem er bisher bezweifelt hatte, auf welche Weise selbst bei gelungener Reposition der Schenkelkopf in der Pfanne erhalten werden konnte. Nachdem hier die gewaltsame Einrichtung ohne die geringste Aenderung in der Lage des Schenkelkopfes versucht war, ging man zur allmäligen Einrichtung mit Extension über, die mehrere Monate lang fortgesetzt wurde, bis der Patient mit dem Ballen des linken Fusses auftreten und allein auf ihm stehen konnte. Die rapiden Einrichtungsversuche hatten hier also keinen Erfolg gehabt, die Einrichtung war lediglich dem langsamen, aber stetig wirkenden Zuge zu verdanken, wodurch die zusammengezogenen Muskeln und Bänder nach und nach ausgedehnt wurden, so dass der Schenkelkopf herabrücken und unter einer allmählig zu Stande gekommenen Auswärtsrollung des Schenkels in die Gelenkhöhle gleiten konnte. Das Bleiben des Schenkelkopfes in der Pfanne beim Stehen des Kranken auf dem Fusse der kranken Seite liegt in der Wirkung der verdichteten Weichgebilde, besonders der Muskeln und Bänder, die während des Herab-

rückens des Schenkelkopfes und nach Einrichtung desselben Zeit gewinnen, sich allmälig zusammen zu ziehen und dadurch gewissermassen zu Strängen zu werden, die den Schenkelkopf in der Pfanne halten.

Baur beschreibt[1]) einen Fall von Luxation auf das foramen ovale, wo die rapide Einrichtung gelang. Baur meint zwar, dass es sich hier um eine Coxalgie handle mit Zerstörung des Gelenkkopfes und Pfannenrandes, doch hatte das Kind in seinem 6. Jahre einen Typhus gehabt und 1/4 Jahr darauf hatte man zufällig die veränderte Stellung der Extremität bemerkt. Sieben Jahr darauf erfolgte erst in einem Anfall von Muskelkrämpfen die Luxation, das Gelenk war nie aufgebrochen. Die Reduction des luxirten Gelenkkopfes in die Pfanne gelang in einem Moment und ohne dass dabei Rauhigkeit in der Gelenkpfanne gespürt worden wäre.

Betrachten wir jetzt einige nach Coxitis entstandene, wieder eingerichtete Luxationen, von denen der schon erwähnte Dittel vier behandelte.

---

[1]) Baur über rapide Einrichtung coxalgischer Luxationen. Inaugural-Dissertation Giessen 1856.

Bei einem 8 Jahr alten Knaben wurde bei einer bei linksseitiger Coxitis seit drei Monaten bestehenden Luxation die Reposition gemacht. Nachdem in der 3. Woche Recidiv eingetreten war, wurde eine neue Reposition gemacht, doch erfolgte leider in der Reconvalescenz Tod an meningitis tuberculosa.

Bei einem 8jährigen tuberkulösen Mädchen entstand nach einem Fall auf die linke Hüftgelenksgegend caries coxae und gleichzeitig eine stumpfwinkliche Contraktur des Kniees derselben Seite, ohne Fisteln oder nachweisbare Abscesse im Hüftgelenk. Die Reposition fand statt, doch erfolgte nach 4 Monaten Tod an Tuberkulose nach Aufbruch des Gelenks. Bei der Section fand sich der Schenkelkopf geschwunden, der Pfannenboden durchlöchert.

Eine Luxation bei einem 6 Jahr alten Mädchen nach Coxitis des rechten Hüftgelenks wurde wieder eingerichtet, doch blieb eine namhafte Verkürzung des Beines zurück, aus welcher man auf beträchtliche Substanzverluste an den Gelenkenden schliessen muss. Heilung trat ein.

Ein 9½ Jahr altes Mädchen zog sich durch Erkältung eine rechtsseitige heftige Coxitis zu, de-

retwegen von dem behandelnden Arzte ein Gypsverband angelegt wurde. Bei seiner Abnahme zeigte sich eine Luxation der Hüfte, — der Gypsverband war also nichts werth — die reponirt und mit der Davis'schen Schiene in Reposition erhalten wurde. Später zeigte sich in der Trochanterengegend ein Abscess, doch war das Gelenk frei von Schmerz.

Einen weitern Fall, wo sich das Hüftgelenk der linken Seite bei gleichzeitiger seit 1½ Jahr bestehender Vereiterung des linken Kniegelenks luxirt fand, behandelte ebenfalls Dittel. Die Luxation war bei dem 14 Jahr alten Patienten wahrscheinlich dadurch entstanden, dass er immer auf der rechten Seite gelegen und das kranke Bein in flektirter und stark adducirter Stellung über das gesunde hinweggelegt hatte. Es wurde die amputatio femoris beschlossen und ausgeführt, zuvor jedoch der luxirte Schenkel reponirt. Nach der Amputation wurde der Rumpf auf einer Pappschiene fixirt und es erfolgte Heilung.

Baur beschreibt am schon erwähnten Orte einen weitern Fall spontaner Verrenkung nach oben und hinten nach Coxalgie mit Fistelbildung. Die nach den sehr genauen Messungen unzweifelhaft

hier vorhandene Luxation war auch unter bedeutenden Muskelkrämpfen entstanden. Trotzdem gelang ½ Jahr später noch die rapide Einrichtung augenblicklich und ohne Schwierigkeit. Dieser Fall ist besonders dadurch interessant, dass er einer Ansicht Roser's entgegenzustehen scheint, nämlich der, dass es sich bei der Frage über Wiedereinrichtung spontaner Luxationen nur um solche ohne Eiterung und Caries, seinen „Erschlaffungsluxationen", nicht um solche nach Caries und eitriger Zerstörung handle.

Besonders günstig für den Kurversuch sollen die aus rheumatischer Ursache entstandenen Luxationen sein, wie sie J. Heine bei vier Kranken mit überraschend günstigem Erfolge behandelt hat, obgleich einige diese Fälle als Luxationen nicht anerkennen wollen. Die Kranken waren 16 — 19 Jahr alt, nicht skrophulös, die Luxation war nach vorausgegangener Erkältung und rheumatischer Affection entstanden, besondere Zufälle wurden nicht beobachtet. In einem Falle gelang die Reduction in 28, im andern in 30, im dritten in 23 und im vierten in 35 Tagen.

Der von mir schon vorhin erwähnte Fall, den Professor Volkmann mit glücklichem Erfolge be-

handelte, war nach akutem Gelenkrheumatismus entstanden und ist besonders dadurch von hohem Interesse, dass wir es dabei mit der seltenern luxatio ischiadica zu thun haben. Ich benutze daher um so freudiger die mir gütigst gebotene Gelegenheit, denselben zu veröffentlichen.

F. V. 50 Jahr alt, Gutsbesitzer, erkrankte am 18. Juli 1867 an einem sehr heftigen akuten Gelenkrheumatismus, besonders waren die Gelenke der untern Extremitäten und vorwiegend die des rechten Beines befallen. Die Krankheit dauerte 3—4 Wochen, und die übrigen Gelenke waren nach dieser Zeit ganz frei von Schmerz und Geschwulst, nur das rechte Hüftgelenk blieb schmerzhaft und unbeweglich und stand in ziemlich starker Flexion. Gleichwohl verliess Patient das Bett und fing an, mit zwei Krücken umherzugehen. Etwa am 15. August begegnete ihm dabei das Unglück, dass er sich, mit den Krücken durch eine Thür hindurchgehend, mit dem kranken Bein gegen die Thürpfoste stiess. Obwohl der Stoss kein heftiger gewesen war, so empfand er doch in demselben Augenblicke einen heftigen Schmerz in dem kranken rechten Hüftgelenke und die zuvor grade nach vorn gewandte Fussspitze drehte sich stark

nach innen, auch die Flexionsstellung nahm gleichzeitig noch etwas zu. Patient musste sich sofort in's Bett legen und war nicht im Stande, dasselbe wieder zu verlassen. In den nächsten Wochen hatte er ziemlich viel Schmerzen in der rechten Hüftgelenksgegend. Da eine Besserung des Zustandes nicht eintrat, wurde Professor Volkmann consultirt und fand bei dem Kranken eine luxatio ischiadica, den Gelenkkopf sehr deutlich etwas beweglich. Er liess ihn daher in die hiesige Klinik bringen, wo er am 16. October aufgenommen wurde.

Bei der Untersuchung der jetzt zwei Monate alten Luxation fand sich folgendes: Das Hüftgelenk in einem Winkel von 90° flektirt und sehr stark adducirt, die scheinbare Verkürzung des Beins ist daher eine ganz ungemein bedeutende. Das Bein ist sehr stark nach einwärts gerollt und das Becken auf der kranken Seite bedeutend gehoben. Stellt man das Becken so, dass beide spinae anteriores superiores in einer Linie stehen, so liegt der Oberschenkel der kranken rechten Seite so hoch oben über den linken weg, dass seine vordere (jetzt obere) Seite genau mit der Schenkelbeuge abschneidet. Der Trochanter ist über die Sitz-

darmbeinlinie um ein Zoll etwa verschoben. Gelenkkopf deutlich in der Gegend der spina ischii fühlbar, bei leichten Flexionsbewegungen beweglich.

Noch an demselben Tage wurde die Luxation unter Chloroformnarkose mittelst spitzwinkliger Beugung und Adduction und darauf folgender Abduction und Rotation nach Aussen reponirt. Die Reposition gelang beim zweiten Versuch, ohne dass dabei ein Einschnappen oder eine Crepitation gehört wurde. Nach der Reposition waren die normalen Verhältnisse durchweg wiederhergestellt. Bei passiven Bewegungen fühlte man Gelenkpfanne und Gelenkkopf überall glatt.

Dem Kranken wurde, was vielleicht nicht richtig war, nur ein Gewicht an das luxirt gewesene Bein gehängt, kein Verband angelegt. Er war nach der Reposition, obwohl keine Reaction eingetreten, das Gelenk kaum empfindlicher wie zuvor gegen Druck war, im Bett sehr unruhig und so erfolgte bereits am 19. October die Luxation von Neuem, wurde jedoch sofort viel leichter, wie das erste Mal reponirt.

Nach dieser Reposition wurde ein vollständiger Gypsverband angelegt, worauf sich die Luxation

nicht wieder reproducirte. Mitte December wurde der Gypsverband definitiv abgenommen und der Kranke bekam einen Tutor: ein Beckengurt mit äusserer Oberschenkel-Stahlschiene und Ledergurten, die den Schenkel fest umfassen.

Patient machte Anfangs mit Krücken Versuche zu gehen und wurde am 24. December nach Hause entlassen. Den Tutor trug er bis Pfingsten 1868 fort und lernte bald mit einem Stock gehen, hinkte sogar, als er sich zu Pfingsten vorstellte, nur in sehr unmerklicher Weise.

Status praesens Pfingsten 1868. Hüftgelenk bei Druck immer noch sehr wenig empfindlich, aber auch nur wenig beweglich. Kopf in der Pfanne, Fuss $^3/_4$ Zoll kürzer, da die Adductionsstellung nicht ganz beseitigt ist, das Becken $^3/_4$ Zoll höher steht. Fuss überall magerer. Der Kranke geht ohne zu hinken, wenn er sich Mühe giebt, schont aber das kranke Bein gewöhnlich etwas.

Status praesens 30. April 1869. Fast genau ebenso wie Pfingsten 1868. Immer noch eine Spur chronischer Entzündung im Gelenk. Bei Druck auf's Gelenk leichte Empfindlichkeit. Verkürzung $^3/_4$ Zoll nur durch Beckenverschiebung. Stand des trochanter normal, Oberschenkel steht

in voller Extensionsstellung und kann nur bis etwa 130 — 140 ° flektirt werden. Auch Ab- und Adduction nur in geringem Grad möglich. Patient geht oft halbe Stunden weit ohne Stock und ist oft mehrere Stunden lang hinter einander auf dem Felde thätig. Strengt er sich stärker an, so bekommt er ziehende Schmerzen im Hüftgelenk. Es wird ihm gerathen, sich im kommenden Sommer einer Kur mit Bädern und passiven Bewegungen zu unterziehen.

Fragen wir uns nach Betrachtung der Erfolge, die bei allen diesen Kuren eintraten, welcher von beiden Methoden der Einrichtung, der rapiden oder der allmäligen der Vorzug gebühre, so ist dies schwer zu entscheiden. Es ist nicht zu leugnen, dass die rapide Reposition durch den schnellen, eklatanten Erfolg, mit der die Stellungsverbesserung der kranken Extremität vor sich geht, für den Arzt viel Lockendes, für den Laien etwas Blendendes hat gegenüber dem langwierigen, viel Geduld von Seiten des Kranken sowohl, wie des Arztes erfordernden allmäligen Verfahren. Doch wenn man bedenkt, dass nicht alle Fälle frisch in Behandlung kommen, — und diese eignen sich ja nur besonders zu rapider Reduction — muss man zu-

gestehen, dass auch durch das freilich etwas Zeit erfordernde Extensionsverfahren schon manches, der ärztlichen Kunst alle Ehre machendes Resultat erzielt wurde. Jedenfalls aber muss jeder, selbst der geringste Erfolg zur öftern Wiederholung der besprochenen Heilmethode in ähnlichen Fällen anregen.

Schliesslich erlaube ich mir, meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor R. Volkmann, für die freundliche Unterstützung, die er meiner Arbeit hat angedeihen lassen, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Verfasser, geboren zu Magdeburg am 26. Januar 1844, besuchte das Domgymnasium zu Halberstadt, welches er zu Michaelis 1865 mit dem Zeugniss der Reife verliess, um in Greifswald Medicin zu studiren. Nach Aufenthalt während 3 Semester daselbst begab er sich nach Halle, wo er fernere 5 Semester sein Studium fortsetzte. Im Februar 1868 bestand er hier das tentamen physicum und im August 1869 das examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hatte er zu Lehrern:

In Greifswald die Herren Budge, v. Feilitzsch, Landois, Limpricht, Münter, Schulze.

In Halle die Herren Franke, Gräfe, Krahmer, Nasse, Olshausen, Steudener, Vogel, A. Volkmann, R. Volkmann, Weber, Welcker.

Thesen.

I.

Bei der Tenotomie ist die Operation das geringfügigere Moment, das wichtigere die Nachbehandlung.

II.

Die Entstehung des Kindbettfiebers beruht auf Infection mit zersetzten thierischen Stoffen.

III.

Ovariotomie ist die sicherste Heilmethode der Eierstockwassersucht.